

Maßblatt HTV Schäfte



Firma	Techniker	Techniker Email	Tel
Adresse:		PLZ:	Ort:

Patientendaten:

Patientenname (Verschlüsselt):	Geschlecht
Geburtsdatum:	Betroffene Seite : L R

Notizen:

- Klettverschlüsse
- Einpressmuttern Silikon (bitte auf dem Gipsmodell anzeichnen)
- Tasche für die Ohrumgreifung
- Individuelle Polsterung aus Gel (bitte auf dem Gipsmodell anzeichnen)

- Ventilauswahl (Herstelle angeben und den Dummy mitschicken)

Farbe